FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1966

THÈSE 954

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude, Abraham BENASSAYAG

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 29 Octobre 1933, à CASABLANCA (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES DANS LA MALADIE CORONARIENNE

Président : Monsieur SOULIE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI^e^

1966

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1966 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Claude, Abraham BENASSAYAG

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 29 octobre 1933 à CASABLANCA (Maroc)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES DANS LA MALADIE CORONARIENNE

-:-

Président : Monsieur SOULIE (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1966

UNIV. LEIDEN BIB.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546825_0043

PROFESSEURS HONORAIRES

MM ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD(H), GAUDART d'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER (G), LELONG (M), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MARCHAL (G), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), PASTEUR VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RENARD (G), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON(L), VERNE (J).

DOYEN ..... M BROUET (G)

1er assesseur ..... M BARGETON (D)
2ème assesseur ..... M GOSSET (J)

I - PROFESSEURS

1°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N ...
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)

Microbiologie (bactériologie et virologie) ..... FASQUELLE (R)
Parasitologie ..... BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale ..... LAURENCE (G) / KUSS (R)
Pathologie exotique ..... N. ...
Pathologie expérimentale et comparée ..... MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale ..... LAROCHE (Cl.) / BRICAIRE (H)
Pathologie respiratoire ..... TURIAF (J)
Pathologie et thér. générales ..... N...
Pharmacologie ..... CHEYMOL (J) / LEVY (Mlle J)
Physiologie ..... BARGETON (D) / PARROT (J)
Physiologie et path. obstétricales ..... LEPAGE (F)
Radiologie médicale ..... DESGREZ (H)
Techn. chir. et Chirurgie exp. ..... CAUCHOIX (J)
Thérapeutique ..... CONTE (M)
Thérapeutique appliquée ..... LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique ..... OLIVIER (G)
Anatomie pathologique ..... NEZELOFF (Ch)
Bactériologie ..... BARBIER (P)
Biochimie médicale ..... DESGREZ (P) / DREYFUS (J.Cl.) / POLONOVSKI (J)
Biologie médicale ..... BOURLIERE (F)
Histologie ..... COUJARD (R)
Pathologie expérimentale ..... LOEPER (J)
Physiologie ..... DEJOURS (P) / SCHERRER (J)
Physique médicale ..... KELLERSHOHN (L) / COUGEROT (L)
Radiologie médicale ..... FISCHGOLD (H)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

MM

Clinique carcinologique chirurgicale ..... REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais ..... SOULIE (P) / Boucicaut ..... LENEGRE (J))

		MM
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB(J.L.)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	N...
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl)
Clin. de chir. infant. et orth.		FEVRE (M)
Clin. chir. orth. et traumat.		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clin. de chir. cardio-vasculaire		DUBOST (Ch)
Clin. de chir. pleuro-pulmonaire		MATHEY (J)
Clin. dermatologique		DUPERRAT (F)
Clin. endocrinologique		DECOURT (J)
Clin. de génétique médicale		LAMY (M)
Clinique gynécologique		HUGUIER (J)
Clin. des maladies cut. et syphil.		DEGOS (R)
Clin. des maladies des enfants		TURPIN (R)
Clin. des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clin. des maladies ment. et de l'encéph.		DELAY (J)
Clin. des maladies métaboliques		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		BERNARD (J)
Clinique des mal. du système nerveux		CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Cochin	BROUET (G)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G)
Clin. d'hyrologie et de climatologie		DEBRAY (Ch)
Clin. méd. infant. et pédiatrie soc.		MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique		JUSTIN-BESANÇON(L)
Clin. méd.-soc. du diabète sucré et des maladie de la nutrition		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie		DAVID (M)
Clinique neurologique		GARCIN (R)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M)
	Saint-Antoine	MERGER (R)
Clin. obst. et gynécologique		VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		OFFRET (G)
Clinique ophtalmologique (Cochin)		N...

	MM
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puéricul.	THIEFFRY (S)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clin. de neuro-psychiatrie infantile	MICHAUX (L)
Clin. de rhumatologie méd. et soc.	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clin. thérapeutique chirurgicale	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique urologique	ABOULKER (P)
	COUVELAIRE (R)
Clin. chirur. orth. et traumatologique	PADOVANI (P)
Hygiène et clinique de la première enfance	LAPLANE (R)
Séméiologie médicale — A. Chantin	DOMART (A)
Séméiologie médicale — Pitié	RAMBERT (P)
Séméiologie médicale — Rothschild	WOLFROMM (R)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R)

b) Professeurs à titre personnel

Hématologie	ANDRE (R)
	BOUSSER (J)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)
Médecine	AZERAD (E)
	BOUR (H)
	GROSSIORD (A)
	LAMBLING (A)
	PEQUIGNOT (H)
	PERRAULT (M)
	SIGUIER (F)
	WORMS (R)
Neurologie	LHERMITTE (F)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B)
	MEYER (A)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie	CABROL (C)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch)

MM

Anesthésiologie ..... VOURC'H (G)
Bactériologie ..... CHRISTOL (D)
Biochimie médicale ..... CARTIER (P), GONNARD (P)
Biologie médicale ..... HARTMANN (L)
Physique médicale ..... GREMY (F), ROUCAYROL (J.C.)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P)
Pr. s.ch.
Pathologie chirurgicale ..... RUFLER (J)
Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté ..... M LENA (J)
Conseillers administratifs ..... Mlle CHAINTREUIL(G), M FAYE (R)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M le Docteur HAHN (A)
Conservateurs ..... Mlles DUMAITRE (P), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J), FORGET (F) ; Mlles DUROZOY(M.F.), LAURENT (H) ; Dr SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, L'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A mes Parents

A ma Femme

A mes Enfants

A ma Famille

A Monsieur le Professeur P. SOULIE

Professeur de Clinique Cardiologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie Nationale de
Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le très
grand honneur
d'accepter la pré-
sidence de cette
thèse

A Monsieur le Docteur MATHIVAT
Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur BOURGUIGNON
Professeur agrégé

Qui m'ont encouragé et
conseillé dans ce
travail

A mes Maîtres d'Internat

Monsieur le Professeur Etienne BERNARD

Monsieur le Docteur DI MATTEO

Monsieur le Professeur Gilbert DREYFUS

Monsieur le Professeur Charles DUBOST

Monsieur le Docteur TRICOT

Monsieur le Docteur MATHIVAT

Monsieur le Docteur BOURGUIGNON

Monsieur le Professeur AZERAD

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES DANS LA

MALADIE CORONARIENNE

-:-:-:-:-

INTRODUCTION

-:-

La relation entre l'état psychique et l'atteinte coronarienne apparaît dès que l'on tente une définition :

ainsi, si pour DEVAUD et LOGRE, l'anxiété est une émotion caractérisée par un état de douleur morale et d'incertitude avec sensation fréquente de contriction physique,

on décrit à l'inverse la douleur dans l'angine de poitrine comme rétrosternale constrictive, entraînant une sensation d'angoisse.

Cette relation n'est pas de constatation récente et CORVISART, par exemple écrivait: "Les affections cardiaques relèvent de deux causes principales : l'action de l'organe et les passions de l'homme".

Or, si la science a multiplié les techniques d'examen, les thérapeutiques médicales ou chirurgicales, il semble que les conceptions étiologiques, les problèmes sociologiques, l'abord du coronarien enfin n'aient pas bénéficié de la même attention.

Sans avoir la prétention de résoudre un problème très ancien et très controversé, nous nous proposons d'envisager successivement :

1) Un historique de l'évolution des conceptions étiopathogéniques de l'angine de poitrine et la place dans ces conceptions de la médecine psycho-somatique.

2) Une comparaison des faits sociologiques et de la morbidité coronarienne.

3) Une discussion des facteurs étiologiques classiques dans la perspective psychiatrique.

4) Applications pratiques : abord psychologique du coronarien au stade du diagnostic et au décours de celui-ci.

-:-

HISTORIQUE

-:-

(I) Historique de l'évolution des conceptions étiopathogéniques de l'angine de poitrine et place dans ces conceptions de la médecine psycho-somatique.

a) Depuis la description princeps d'HEBERDEN (40, 50) en 1768, les conceptions étiologiques et physiopathologiques de l'angine de poitrine ont évolué en différentes phases :

- Rattachée par JENNER (1783) et PARRY (1799) à un rétrécissement des coronaires, cette opinion a été battue en brèche successivement :

- par TROUSSEAU et PETER, auteurs d'une théorie nerveuse par irritation des filets du plexus cardio-aortique,

- puis, avec VAQUEZ et l'avènement de la radioscopie, à l'aortite : la douleur étant déclenchée par la distension de l'aorte, distension qui pouvait être organique ou fonctionnelle. A cette distension aortique s'ajoutait bientôt avec MERKLEN, FRAENTZEL et VAQUEZ, la distension, au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche, de la poche ventriculaire, responsable plus particulièrement de l'angor de décubitus.

- Enfin, l'E.C.G. permettait à HERRICK et SMITH, puis à GALLAVARDIN, d'apporter la preuve expérimentale du rôle de l'obstruction coronarienne dans la genèse de l'infarctus du myocarde.

Dès lors, l'angine de poitrine entrait dans le problème général de l'athérome dont elle est une manifestation particulièrement sévère. L'athérome coronarien, cependant, ne suffit pas à tout expliquer et l'on connaît des infarctus et des angines de poitrine avec mort subite sans lésion importante des coronaires à l'autopsie.

Comment se forme cet athérome ; pourquoi sa localisation est-elle si souvent coronarienne ? Ces problèmes, encore éloignés de leur solution, font l'objet de travaux considérables. Notre propos n'est pas de les rapporter mais de montrer la place qu'y occupe la médecine psychosomatique.

b) Celle-ci trouve ses sources dans l'Antiquité avec les dissertations des philosophes sur les relations du corps et de l'âme.

Elle se poursuit :

- avec PLATON : "L'erreur présente répandue parmi les hommes est de vouloir entreprendre séparément la guérison du corps et celle de l'esprit. L'âme est immatérielle dans sa nature, intelligente dans ses opérations, immortelle dans sa destinée. Dieu la crée, l'unit au corps et l'être qui résulte de cette union étroite et si mystérieuse de deux substances si diverses s'appelle l'homme".

- avec COMTE : "Puisque l'homme est le plus

indivisible des êtres vivants, quiconque n'étudie point en lui l'âme et le corps simultanément ne peut s'en former que des notions fausses et superficielles".

- Dans cette harmonie du corps et de l'âme, le coeur occupe une place privilégiée. Pour les poètes, c'est le centre de toutes les passions, c'est par lui qu'on aime ou qu'on souffre. Pour les physiologistes, c'est un organe prompt à réagir aux émotions par l'intermédiaire des systèmes sympathiques et parasympathiques.

- L'idée d'une prédisposition caractérielle aux affections coronariennes revient à Flanders DUNBAR (20) qui en 1943 analysa le profil psychologique de 25 coronariens et essaya d'en tirer des conclusions générales. La voie était ouverte ; médecins et sociologues allaient s'y engager nourrissant un débat qui est loin d'être clos. On peut citer parmi les auteurs anglo-saxons : GILDEA, MILES, WALDFOGEL, RUSSEK, FRIEDMANN, ROSENMAN, ISCHLONSKY, et en France JOUVE et DONGIER; KANATSOULIS (43, 49, 24, 25, 35, 36, 32, 38).

Quels sont les arguments à l'appui de la théorie psychosomatique ?

-:-

(II) Des faits sociologiques et statistiques

A - Les études statistiques portent surtout sur la mortalité. On note une aggravation considérable du taux de mortalité attribuée aux maladies de coeur, surtout depuis la 2e guerre mondiale. L'augmentation de taux dépasse 50 p.cent par rapport à la mortalité correspondante enregistrée au début du siècle et la proportion relative calculée sur l'ensemble des décès passe de 7,7 p.cent à 18,2 p.cent (3).

Evolution de la mortalité attribuée aux maladies de coeur depuis 1907. Nombre de décès pour 100 000 habitants (ensemble des deux sexes)

L'interprétation montre que :

- le vieillissement de la population est responsable en grande partie (+ de 60 p. cent) de l'augmentation de mortalité attribuée aux maladies de coeur ;

- l'amélioration des constatations de décès met en évidence le rôle croissant des affections coronariennes. Il est vraisemblable que l'incidence de la mortalité attribuée aux affections coronariennes est sous-estimée en raison du nombre encore probablement élevé des suites d'infarctus du myocarde dissimulées dans l'expression peu significative d'"Insuffisance cardiaque".

L'évolution des catégories de décès par cardiopathie a été caractérisée par la stabilité ou la légère régression de la mortalité attribuée aux cardiopathies rhumatismales ou diverses alors que s'accentuait considérablement la mortalité attribuée aux affections coronariennes.

Ces chiffres de mortalité ne donnent qu'une estimation très insuffisante de la fréquence réelle de la thrombose coronarienne. Son début, en effet, serait très précoce si l'on en croit les études nécropsiques pratiquées sur les jeunes soldats tués au combat lors de la guerre de Corée. Les manifestations cliniques n'apparaissent que plus tard, lorsqu'une branche artérielle est extrêmement sténosée ou même occluse. Or le diagnostic de maladie coronarienne s'appuie sur des signes cliniques et non sur la simple présence de lésions.

TAUX DE MORTALITE POUR 100.000 h.

	Année	Cardiopathies rhumatismales	Coronarites	Cardiopathies spécifiées	Cardiopathies non spécifiées
Hommes	1952	2,9	45,9	27,7	135,6
	1953	2,7	48,3	34,5	143,6
	1954	2,4	52,8	27,2	137,9
	1955	2,5	54,2	27	138
	1956	3	59,3	30,4	141,9
	1957	3	60	27,6	126,9
	1958	2,7	63,8	26,3	115,7
	1959	3	67,7	26,2	113,5
Femmes	1952	3,5	27,2	31,3	146,9
	1953	3,6	29	38,3	156,2
	1954	3,5	30,4	28,8	147,3
	1955	3,5	32,6	29,9	149
	1956	4,3	35,6	33,5	152,8
	1957	4,3	36,8	30,9	139,4
	1958	4	40,4	33	133,6
	1959	4,1	43,3	32,3	130

Cette progression de l'insuffisance coronarienne peut cependant être discutée.

a) En effet, elle croît en raison inverse de la diminution des cardiopathies non spécifiées, laissant ainsi entendre que son augmentation apparente n'est due qu'à une plus grande précision diagnostique.

A cet argument, ISCHLONSKY (32) oppose le fait que la proportion hommes-femmes n'a sensiblement pas varié alors que la diminution des cardiopathies non spécifiées est comparable dans les deux sexes.

b) Enfin, l'augmentation de la durée de vie a permis de dire que l'accroissement de la fréquence de l'angine de poitrine provient du fait qu'il y a un plus grand nombre d'individus qui parviennent à l'âge coronarien. Or, et c'est là un fait récent, la léthalité par coronaropathies avant 45 ans, ne fait qu'augmenter.

En conclusion, la thrombose coronarienne est une affection très répandue dont la fréquence augmente. Cet accroissement ne peut être entièrement expliqué par le vieillissement de la population ou un meilleur diagnostic, et il faut faire appel à d'autres facteurs, en particulier les pressions sociales.

B- Un excellent reflet de ces pressions sociales est représenté par les maladies mentales au sujet desquelles nous citerons BASTIDE (7) : "Si le nombre des psychoses ne varie pas sensiblement d'une époque à l'autre ou d'un peuple à l'autre, le nombre des névroses par contre va en se multipliant avec les transformations des structures

sociales et le bouleversement des valeurs".

Les chiffres suivants montrent cet accroissement (3) :

Années	58	59	60	61	62
Psychoses et psychonévroses (y compris les névroses alcooliques)	19.048	19.831	21.113	21.218	24.734
Troubles du caractère du comportement de l'intelligence	9.202	10.041	10.977	11.830	14.469

Affections ayant nécessité des soins depuis plus de 6 mois (article 393 code SS).

Malades hospitalisés dans des établissements psychiatriques au 1er janvier :

1952	86.444
1953	91.038
1954	94.520
1955	97.769
1956	101.093
1957	101.278
1958	104.557
1959	105.967
1960	107.142
1961	108.884

JANET explique l'augmentation des névroses et des psychasthénies par la complexité croissante de la vie sociale. "Notre civilisation est épuisante, la société contemporaine exige de chacun de nous des dépenses de plus en plus grandes d'énergie psychique; les gens, même ceux de notre famille ou nos meilleurs amis, ne réagissent pas toujours comme nous le présumions ; les choses changent vite, et il faut une tension élevée pour adapter notre action aux situations nouvelles dans ce qu'elles ont d'original".

Les raisons attribuées par ces auteurs à l'accroissement des névroses ne peuvent elles également rendre compte du développement de la thrombose coronarienne, maladie dont la fréquence croît avec le degré de civilisation ?

Ainsi, alors que les pays occidentaux ont un taux élevé et comparable de mortalité coronarienne, la rareté de l'athérome et surtout dans ses formes sévères a été signalée chez les populations autochtones de Mélanésie, de Costa Rica, d'Okinawa, chez les Esquimaux, chez les Nègres Bantous (23, 29, 31, 48, 52).

a) Ces pressions sociales atteignent un paroxysme au moment des guerres. Au début du 19e siècle, CORVISART et TESTA avaient attribué l'augmentation du nombre des cardiopathies aux désordres de la révolution. Des observations analogues ont été faites après les guerres de 1870-71, 1914-18,1939-45.

Ce fait est d'autant plus notable que les guerres s'accompagnent en général d'une restriction de la ration calorique, élément en principe favorable à la prévention de l'athérosclérose.

C - Cette comparaison de l'évolutivité de la thrombose coronarienne et des troubles psychiques nous conduit à l'étude de l'angine de poitrine chez les malades mentaux. Cette étude a été réalisée, notamment en Amérique par MALZBERG, TOKUHATA et STEHMAN, GOULD et CAWLEY, HOLLISTER, ABRAHAM ; en Suède par ALSTROM, en Norvège par ODEGARD (42, 15). Elle révèle en général une forte mortalité par athérosclérose coronarienne, plus importante que chez les sujets normaux.

Plus récemment, HUSSAR (30) publiait une statistique de 1275 autopsies de schizophrènes de plus de 40 ans avec un pourcentage de 31 p.cent de décès par infarctus. Cette proportion est comparable à celle que l'on trouve dans une population normale, mais HUSSAR note que d'une part chez les schizophrènes, l'infarctus est plus souvent immédiatement mortel, d'autre part qu'il survient malgré le fait que les malades mentaux vivent dans un milieu protégé, l'hôpital, depuis de nombreuses années.

De ces différentes statistiques, on peut déduire que l'athérosclérose coronarienne est plus fréquente ou au moins plus sévère chez les malades mentaux que dans la moyenne de la population.

-:-

(III) Discussion des facteurs étiologiques classiques dans la perspective psychiatrique

Si l'étiologie de la thrombose coronarienne n'est pas connue, il n'en reste pas moins que de nombreux facteurs favorisants ont été incriminés.

Les principaux :
- La tension nerveuse
- H.T.A.
- Obésite (et excès alimentaires), sédentarité
- Tabac
- Sexe.

1/ La tension nerveuse : son importance est généralement admise, mais il faut distinguer le stress facteur déclenchant de la crise d'angine de poitrine ou de l'infarctus du myocarde et la tension nerveuse ou stress chronique, facteur étiologique de la maladie. Ce dernier point est le plus controversé. Pourtant, il n'est pas illogique d'admettre que si un stress peut provoquer une diminution passagère du débit coronarien, des stress répétés sont susceptibles de favoriser ou même de créer des lésions coronariennes définitives.

Là comme souvent, le fonctionnel précèderait l'organique.

Nous allons envisager successivement :

A - Les facteurs sociaux
B - Le facteur individuel
C - Les mécanismes d'action

A) On distinguera dans les facteurs sociaux :

a - Le stress, facteur déclenchant
b - le stress chronique, facteur étiologique.

a - Le stress

Son rôle n'est pas contesté. Chaque médecin a en mémoire plusieurs cas de crise d'angine de poitrine ou d'infarctus déclenchées manifestement par une émotion, contrariété, colère, spectacle sportif. Sa fréquence par rapport à l'effort est estimée de façon variable. DREYFUS (18) retrouve un stress à l'origine d'infarctus du myocarde 23 fois sur 43. Cette fréquence semble plus notable au cours de l'infarctus du myocarde que dans l'angine de poitrine.

Cette notion ancienne a reçu un apport de poids avec les études sur le rêve (9, 10).

Des découvertes récentes ont montré que le sommeil ne peut plus être considéré comme un phénomène univoque : il n'y a pas un, mais 2 sommeils : le sommeil onirique et le sommeil sans rêves. Ce dernier semble n'avoir qu'une fonction de récupération, de restauration de l'organisme.

Le sommeil onirique représente 25 p.cent du sommeil total. Il survient par phases de durée croissante jusqu'au réveil. Son importance est vitale, comme l'ont montré les expériences de privation onirique qui amènent à chaque fois des troubles sévères,

contrairement à la suppression du seul sommeil réparateur.

Ce sommeil onirique est dit paradoxal car alors que pendant ses phases le sommeil est le plus profond, beaucoup plus profond que lors du sommeil lent, on note que c'est à ce moment que le tracé E.E.G. ressemble le plus à celui de l'état vigile et que les cortex visuel et moteur acquièrent une excitabilité supérieure à celle de la veille. C'est au moment où le dormeur est le plus profondément endormi qu'il s'éveille à la vie du rêve.

L'interprétation des rêves, la "voie royale" d'exploration de l'inconscient pour FREUD, montre que par eux s'expriment les vrais désirs et l'angoisse de l'homme.

Ces notions apportent une explication rationnelle de l'angor de décubitus. En effet, il était étonnant que celui-ci survienne chez des gens le plus au repos possible, alors que l'on souligne la valeur d'un bon repos nocturne dans l'angor.

NOWLIN (44) et ses collaborateurs ont enregistré simultanément l'E.E.G., l'E.C.G., les mouvements oculaires témoins du rêve et les mouvements respiratoires. Ces enregistrements étaient à la fois simultanés et continus chez 4 patients installés dans des chambres insonorisées avec air conditionné afin d'éviter toute interférence extérieure.

A chaque fois, l'activité onirique précéda les modifications E.C.G. Par contre, il ne semble pas que l'angor puisse déclencher le rêve.

Les rêves les plus déclenchants sont ceux qui contiennent des activités physiques fatigantes ou qui entraînent crainte, angoisse ou frustration.

Le mécanisme du déclenchement de l'angor par le rêve est discutable. Agit-il par l'hyperpnée ? Le gaz carbonique étant un puissant vasodilatateur, sa diminution provoquerait une vasoconstriction.

Ou bien le rêve déclenche-t-il des modifications des variables (pouls, tension) susceptibles chez un malade à la limite de provoquer une crise ? Cette dernière interprétation a le mérite de conserver à la crise d'angor de décubitus sa valeur péjorative.

Le traitement de l'angor de décubitus devrait donc comporter des médications oniriprives, tels les sédatifs ; mais la fonction du rêve est indispensable et sa limitation à long terme peut à son tour être responsable de troubles. Aussi le traitement le plus logique serait une psychothérapie ayant pour but d'atténuer l'angoisse de ces malades, angoisse qui s'exprime dans les rêves.

En résumé, l'explication de l'angor de décubitus par le rêve apporte un argument considérable aux partisans de la prépondérance des phénomènes psychiques comme agent causal de la maladie coronarienne car une anxiété, une crainte, une simple émotion peuvent déclencher un infarctus chez un sujet le plus au repos possible.

b - Le stress chronique

Le problème est de savoir si des émotions, à condition qu'elles soient répétées avec

une certaine fréquence sont susceptibles de favoriser ou de créer des lésions coronariennes.

Il n'a pas encore été développé de technique de recherche qui permette d'obtenir des observations exactes, unissant les genres de vie, les situations génératrices d'émotion et les maladies coronariennes.

Aussi, les arguments reposent-ils sur des faits disparates mais qui tirent leur force de leur convergence et de leur nombre. Nous classerons ces faits sous deux rubriques : professions, minorités.

- Professions : "La maladie frappe davantage les individus qui travaillent avec leur cerveau qu'avec leurs muscles" (CALO). L'atteinte élective des intellectuels, des professions libérales est relevée par de nombreux auteurs : SOULIE et LAUBRY, BIORK, OVERLECK et GRONVAL (8, 50).

RUSSEK (49) a adressé un questionnaire à 12.000 personnes classées en 4 catégories : médecins, dentistes, avocats, commerçants. Il a obtenu des réponses dans une proportion de 64 p.cent. Dans tous les groupes, le plus exposé au stress est le généraliste. Le spécialiste l'est moins. Dans le cadre du médecin, il note que le péril coronarien augmente dans l'ordre suivant : dermatologue, anatomopathologiste, anesthésiste, généraliste.

MORRIS, HEADY, BARLEY, au cours d'une enquête sur 3.000 médecins, montrent que le généraliste est 3 fois plus exposé que le spécialiste.

Principales causes de décès suivant la catégorie socio-professionnelle (études statistiques, Aubenque, Febray, 1957, supplément n°3) :

Statistiques portant sur des hommes de 25 à 54 ans	% de décès par coronarites sur 100 décès de toutes causes
Cadres moyens	8,8
Professions libérales et cadres supérieurs	9,9
Professions libérales	7,4
Agriculteurs exploitants	3,1
Cadres moyens et employés	6,9
Industriels et artisans	6,3
Exploitants et salariés agricoles	2,9
Patrons de l'industrie et du commerce	6,3
Employés	6,1
Salariés agricoles	2,6
Ouvriers	3,7
Commerçants	6,2
Mineurs	3,3
Manoeuvres	2,5
Marins et pêcheurs	2,1

Là encore, les professions libérales, les professions à responsabilité sont les plus exposées. Mais la concurrence joue à tous les niveaux et ces différences commencent à se réduire.

Une statistique parue dans le Register General Decemnal en 1931 relève le fait suivant : la mortalité coronarienne est en Angleterre et au Pays de Galles beaucoup plus élevée chez les membres du corps médical et chez les ecclésiastiques que dans les autres professions, fait attribué aux horaires irréguliers et aux responsabilités qui existent dans ces deux professions.

On en rapprochera ces chiffres parus dans le British Medical Journal (1964, 789). Le taux de suicide chez les médecins en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis équivaut à 2 fois 1/4 de ce qu'il est dans le reste de la population. Les raisons avancées sont entre autres : la tension nerveuse, la difficulté à atteindre le niveau de vie prévu en début de carrière et la solitude du médecin en face de ses responsabilités.

- Les minorités exposées aux brimades, soumises à des difficultés de toute sorte du fait de leur appartenance à cette minorité constituent un terrain propice à l'angine de poitrine.

Ainsi, DREYFUSS (19) analyse 412 cas d'infarctus du myocarde survenus en Israël et constate que les juifs Askenasi originaires d'Europe ayant subi ou craint des persécutions sont beaucoup plus souvent frappés que les Sefardi venus d'Espagne ou du bassin méditerranéen, qui n'ont pas été exposés aux mêmes angoisses.

De même, on observe une proportion bien supérieure d'affections athéromateuses chez les noirs du Sud des Etats-Unis que chez les nègres africains ayant gardé leurs habitudes primitives et bien adaptés à leur milieu.

Un argument de valeur nous est donné par CALO (12) qui constate que la maladie coronarienne diminue de fréquence à l'âge mûr ; elle est essentiellement une maladie de l'individu chargé de devoirs et de responsabilités, une maladie de civilisation.

De ces faits d'observation courante, ISCHLONDSKY (32) a développé sa théorie des rythmes nerveux : "Chaque activité nerveuse représente un ensemble de phénomènes rythmiques comportant une excitation et une inhibition. Cette succession régulière de phénomènes excitateurs et inhibiteurs est l'action idéale. Nous savons combien il est difficile de changer un rythme d'activité (heures de travail, de sommeil ...). Grâce à sa facilité naturelle d'adaptation, l'organisme peut le faire une ou deux fois, mais si le changement est fréquent, l'équilibre nerveux sera ébranlé et son existence pourra être compromise".

Il attribue l'accroissement considérable de la léthalité par coronarite aux U.S.A. à la vie trépidante américaine, liée à la vitesse de développement de sa civilisation, aux mélanges de races, de culture, entraînant un heurt incessant de rythmes nerveux.

Il l'oppose à la Grande-Bretagne où la léthalité par coronarite est bien moindre, alors que la mortalité générale est supérieure. Cette différence serait due à la tradition et aux convenances qui règlent la

vie britannique et imposent un rythme protecteur.

Il en est de même en Suisse, pays épargné par les guerres et à immigration faible.

B) A côté des faits sociologiques, il reste à préciser la part individuelle. En effet, si on définit un stress comme une aggression subie par l'organisme, il faut, dans cette aggression, tenir compte de deux facteurs, l'un externe dont on peut apprécier l'intensité, l'autre interne, propre à l'individu et beaucoup plus difficile à juger car très variable selon sa constitution psychique. Ainsi des évènements importants sont parfois peu ressentis alors qu'au contraire des vétilles irritent profondément. Comment mesurer des émotions et des réactions variables selon l'individu, d'autant que les défenses à ces émotions interfèrent ou aggravent les processus physiologiques.

- Partant de la notion de constitution psychique, on a essayé de définir des types de coronariens.

1) DUNBAR (20) le décrit minutieusement: le coronarien est d'une classe sociale élevée, a un bon niveau d'éducation, se marie précocement et reste fidèle ; il a de nombreux enfants. Travailleur acharné, il est ambitieux et essaie de parvenir aux niveaux les plus élevés de sa profession. Un sentiment d'insécurité latente, dissimulé derrière une façade de calme rend indispensable à l'équilibre émotionnel du sujet la répétition des succès antérieurs. Cette anxiété est sous tendue par une identification défectueuse avec le père qui est craint et

envié ; le sujet cherche continuellement à surpasser l'autorité d'un supérieur.

2) Pour GILDEA, il s'agit d'un travailleur acharné, affligé d'un sentiment d'insécurité ; le travail servant de défense contre l'anxiété.

3) MILES, WALDFOGEL (43) comparent 46 coronariens et autant de sujets témoins et concluent à un sujet mâle, mésomorphe, autoritaire, sanguin, ayant de bonnes défenses.

4) ARLON note que la compétition avec un parent, le plus souvent le père, à la fois craint et envié, tend inconsciemment à se répéter et est à l'origine du comportement ascétique de ces sujets, à qui les succès n'apportent aucune satisfaction profonde, aucune détente réelle.

5) JOUVE et DONGIER (35, 36) étudient le profil psychologique de 100 coronariens et de 100 témoins d'âge et de niveaux socio-économiques comparables. Leurs conclusions sont les suivantes :

- Développement intellectuel au-dessus de la moyenne
- Besoin de maîtrise et de domination
- Agressivité généralement contenue, mais explosant en accès de colère quand ce besoin de maîtrise est frustré
- Activité professionnelle souvent dans un poste de responsabilité. Elle est exercée dans un état de tension permanente.
- Perfectionnisme méticuleux. Tendance au doute.
- Besoin de maîtrise du temps, ayant comme signification profonde l'annulation magi-

que de la mort
- Tendance aux ruminations anxieuses
- Tendances persécutrices latentes
- Surcontrôle émotionnel habituel, le sujet ayant au cours des années élaboré un système de défense compliqué. Néanmoins, une hyperémotivité intense persiste derrière une façade souvent bien maintenue · le degré de cette hyperémotivité serait pour les auteurs un indicateur de valeur de la prédisposition à l'angine de poitrine.
- Episodes dépressifs par décompensation des mécanismes de défense du moi qui caractérise la structure obsessionnelle.

Critiques : la tentative de définir un schéma caractériel induisant une maladie organique précise paraît jusqu'à présent vouée à l'échec. En effet,si on retrouve dans l'ensemble chez ces individus une tendance à la répression des pulsions, on note cette même tendance d'une part au cours d'autres affections dites psychosomatiques, d'autre part chez un grand nombre de sujets indemnes de toute affection organique.

Cependant, cette voie de recherche n'en est qu'à ses débuts. Elle nécessiterait la collaboration de psychiâtres et de cardiologues, ce qui n'est pas aisé, chacun dans sa spécialité étant surtout attaché à résoudre les problèmes les plus urgents,ce qui n'est pas idéal non plus, le comportement du malade étant différent selon qu'il s'adresse à son cardiologue ou à un psychiâtre dont il ne ressent pas forcément le besoin. Elle bénéficierait de l'étude comparée des différentes localisations de l'athérome qui ne sont pas toujours associées ou de façon très inégale. Psychologiquement parlant, un coronarien ne ressemble pas à un artéritique (JOUVE, DONGIER).

C) Que la génèse de la maladie soit localisée dans la société, ou dans le psychisme individuel ou plus vraisemblablement dans les deux à la fois, il reste à expliquer comment des "troubles de l'humeur" peuvent déterminer une obstruction athéromateuse des artères coronaires. Nous n'avons pour l'instant que des hypothèses :

1 - Un trouble du métabolisme des graisses. Ainsi FRIEDMAN, ROSENMAN, CARROLL (25) ont suivi 40 comptables pendant 5 mois en notant les variations des lipides, du cholestérol, du taux de coagulation, du poids et de l'alimentation. Ces comptables ont des périodes de pointe. Par ailleurs, ils font part de leurs ennuis personnels et il fut observé une augmentation du cholestérol et un raccourcissement du taux de coagulation pendant les périodes de stress.

2 - Ce trouble du métabolisme des graisses serait dû à des décharges d'hormones hypophysaires et surrénales - celles-ci inhiberaient la sécrétion physiologique de l'héparine en agissant sur les Mastzellen. A la suite de cette hypohéparinémie, l'organisme perd ou voit diminuer sa faculté de métaboliser les grosses molécules lipoprotéiques alimentaires et ces molécules s'accumulent et finissent par former les plaques athéromateuses. A l'appui de cette théorie, plusieurs expériences :

- expérience de JOSUE en 1903 (34) il provoqua un athérome chez le Lapin en injectant de l'adrénaline par voie veineuse à dose minime et longtemps répétée.

- SELYE (23) obtint le même résultat avec la désoxycorticostérone.

- COUJARD (23) réalisa un infarctus du myocarde chez l'animal par lésion du sympathique périphérique.

3 - La théorie des réflexes conditionnés : le cortex est le relai de réflexes automatiques agissant sur les organes d'une façon à peu près indépendante de la volonté. BYKOW annonçait qu'il était possible de diriger le fonctionnement du coeur, par exemple par des signaux lumineux.

2/ H.T.A. : un certain nombre d'H.T.A. ont une origine organique (anomalie cardiaque ou rénale, affection endocrinienne), mais dans la très grande majorité des cas, l'H.T.A. ne fait pas la preuve de son étiologie.

Le terrain de l'hypertendu présente de nombreuses analogies avec celui du coronarien. On retrouve là aussi l'influence du milieu. Ainsi, les nègres américains sont beaucoup plus souvent hypertendus que leurs frères africains. Au Mexique, l'H.T.A. est beaucoup plus fréquente chez les sujets de souche européenne que chez les Indiens. CHAVEZ attribue ce fait à la conformation mentale de ces derniers qui se sont adaptés à leur vie, et n'ont eu à subir ni mépris, ni persécutions depuis des générations. A Moscou, beaucoup d'hommes en 1935 se trouvaient atteints d'H.T.A. entre 30 et 40 ans ; il s'agissait d'individus qui, très jeunes et sans préparation aucune avaient accédé à d'importantes charges politiques grâce à la révolution (KASSANI). Nous pourrions multiplier les exemples.

Il en résulte, selon Médard BOSS (42) que

l'hypertendu est un être sous pression. Peu importe en effet qu'un être ait des conflits ou non et soit exposé à des tensions anormales. L'essentiel est la manière dont il réagit et dans quelle voie : actes conscients dans le monde ambiant ou processus inconscients dans la sphère somatique. Les troubles fonctionnels, spasmes vasculaires et augmentation de pression, qui résultent de ces processus inconscients peuvent à la longue passer à l'organicité. L'H.T.A. dite "nerveuse" est souvent le prélude à une vraie maladie hypertensive.

3/ Obésité, à laquelle nous rattacherons la sédentarité.

En dehors des obésités symptomatiques d'une affection endocrinienne, cette "maladie de l'appétit" a des rapports souvent évidents avec le psychisme, qu'elle apparaisse au décours d'un choc émotif ou qu'elle se développe chez un individu frustré en quête de satisfactions les plus primitives.

Nous étudierons plus particulièrement l'obésité des malades hospitalisés en milieu psychiatrique.

C'est là, écrit JUDE (37), un souci journalier dans les services des hôpitaux psychiatriques, et une des complications les plus importantes d'un traitement neuroleptique à long terme. Les causes en sont analysées :

- action directe des neuroleptiques sur les centres de la faim ;
- régression due à l'hospitalisme se manifestant par une recherche de compensation dont le domaine de l'alimentation fait les frais;

- les friandises sont apportées par la famille, les amis et c'est là chez des sujets frustrés affectivement le seul lien avec l'extérieur.

4/ Le tabac : il est nocif, dit-on, du fait de l'augmentation de l'activité cardiaque que sa consommation provoque. En fait, l'explication n'est pas absolument satisfaisante et il semble que le tabac soit surtout un témoin d'un état de tension sans doute plus dangereux pour les coronaires que le tabac lui-même.

Pour RUSSEK (49), le tabac est le reflet du stress et un bon indicateur de celui-ci. Il note que :

- dans un même groupe de stressés, il y a plus d'angor chez le fumeur, mais cela n'est-il pas le signe d'un gradient de stress dans ce groupe ;

- il existe moins de coronaropathies chez les fumeurs ayant cessé de fumer que chez les non fumeurs ; il y aurait là le signe d'une capacité inhabituelle d'adaptation au stress.

5/ Le sexe : la forte prédominance de l'angine de poitrine dans le sexe masculin a également retenu l'attention.

Elle a été à l'origine de théories endocriniennes de l'athérosclérose. En fait, les facteurs endocriniens ne semblent pas prédominants car le rapport H/F est maximum dans les groupes d'âge moyen autour de 45 ans (et non dans le jeune âge où l'activité endocrinienne est maximum).

D'autres explications ont été proposées :

- dans le cadre de la coronarite, ISCHLONDSKY fait état de facteur sociologique : la femme est plus souvent au foyer, a un horaire familial régulier. Les statistiques s'égalisent avec l'âge lorsque l'influence de la profession s'atténue chez l'homme.

Des faits comparables sont rapportés par BASTIDE. Dans une population noire américaine, il existe une mortalité plus grande chez les femmes, celles-ci sont plus facilement acceptées dans la société, trouvent du travail et contractent des affections qui touchaient électivement l'homme, maladies sociales.

- sur un plan plus général : la surmortalité masculine n'est pas l'apanage de la coronarite, mais un phénomène général, comme le prouvent les chiffres publiés par l'INSEE et reproduit dans la thèse de PUJOL (47). La surmortalité masculine en pourcentage du nombre de décès féminins, sans tenir compte de l'âge, s'établit comme suit :

1947 12 p.cent de surmortalité masculine

1955 12 p.cent de surmortalité masculine

1959 10 p.cent de surmortalité masculine

Les explications proposées divergent :

a/ Pour les uns, il s'agit d'un don inné: la femme qui est destinée par nature à porter la vie est peut être dotée d'une force psychique et biologique particulière ne se retrouvant pas chez l'homme.

Une autre version du même problème est pro-

posée par NORA qui suppose l'existence chez l'homme d'un gène léthal qui expliquerait sa fragilité devant la maladie et la mort. Ce gène produirait son effet à une époque variable de la vie des individus et cette propriété rendrait compte du fait que la surmortalité masculine est retrouvée aussi bien pendant la vie intra-utérine que pendant l'enfance, l'âge adulte, l'extrême vieillesse. Le rôle du milieu serait pratiquement négligeable.

b/ D'autres auteurs analysent les causes de léthalité masculine et retrouvent essentiellement 5 affections : alcoolisme, suicides, accidents et morts violentes, malformations congénitales, tuberculose.

Les trois premières dépendent plus ou moins de la structure psycho-sociologique de l'homme. Alcoolisme, suicides, accidents constituent un choix plus ou moins inconscient poussant l'homme à se détruire.

Quant à la tuberculose, on sait que de nombreux auteurs modernes, tels Médard BOSS ont tendance à l'assimiler à un suicide inconscient.

Quelles sont les raisons de ces motivations inconscientes ?

Pour BURON (11), il s'agit d'un trouble de la relation père-mère-enfant.

Le bouleversement des structures sociales a amené une plus grande fréquence de prévalence maternelle dans le couple, la femme étant à la fois maîtresse du foyer et gagnant un salaire à l'extérieur.

Lorsqu'il voudra former un couple, l'homme

qui a subi l'empreinte d'une relation parentale à prévalence maternelle choisira plus ou moins inconsciemment une femme avec laquelle il pourra reconstituer une relation de ce type. Cette répétition de situation relance une relation prévalentielle préjudiciable à l'homme.

En conclusion, nous voyons que la surmortalité masculine est un phénomène général lié pour les uns au travail, pour les autres aux caractéristiques psycho-sociologiques de l'homme. Les différences de morbidité de la thrombose coronarienne où existe cette même surmortalité masculine dépendent peut être des mêmes facteurs.

-:-

(IV) Abord psychologique du coronarien

De ces diverses notions découlent des attitudes pratiques :

A/ Les unes, d'ordre général, traitent de la prévention :

ISCHLONSKY propose une philosophie de la vie : il faut distinguer entre ce qui est insignifiant et véritablement important ; il faut savoir arrêter une discussion dangereuse ; enfin, il recommande un bon équilibre entre les diverses activités : famille, loisirs, travail.

MJASNIKOFF (45) en fait un problème d'éducation : il faut inculquer très tôt à l'enfant l'application au travail, l'honnêteté, la politesse, le respect d'autrui, l'esprit de camaraderie, toutes qualités qui facilitent les rapports des individus entre eux. Il préconise des logements salubres, sans bruit.

B/ En fait, le problème essentiel du médecin est individuel, de relation avec son malade. Cette relation est commandée par la nature très particulière de la maladie coronarienne.

- d'une part, il s'agit d'une affection inguérissable, chronique, qui va permettre dans les meilleurs cas l'installation d'un

"contact humain" entre le médecin et son malade. De la valeur de ce contact peut dépendre le pronostic de la maladie.

- d'autre part, l'insuffisance coronarienne diffère des autres affections chroniques par le fait que la symptomatologie est surtout subjective. Le diagnostic, l'évolution, les poussées de la maladie, ne pourront se juger souvent que d'après les dires du malade. On conçoit l'importance d'une technique d'abord psychologique pour :

- 1 - diagnostiquer
- 2 - et suivre le malade coronarien

- 1 - Si l'infarctus du myocarde est en général aisément reconnu, il n'en est pas de même de l'angine de poitrine avec E.C.G. normal (50 à 60 p.cent des cas). L'attitude diagnostique classique consiste en un interrogatoire prolongé, essayant de préciser surtout le type de la douleur et les conditions de survenue.

Le danger d'un tel interrogatoire, surtout s'il est répété, est que le malade apprenne les réponses aux mêmes questions, et cherchant inconsciemment à satisfaire le désir du médecin, il finisse par décrire une crise typique.

Aussi, plutôt que d'interroger, il vaut mieux prendre le temps de laisser parler le malade sans l'interrompre et sans le guider. Mis en confiance, il dira bientôt ce qui le préoccupe : il peut s'agir de troubles véritablement organiques et dans ce cas, il ne s'écartera pas ou peu de ses troubles. Ailleurs, le thème des douleurs est vite abandonné et les problèmes essentiels apparaîtront : difficultés familiales, profes-

sionnelles, élément névrotique.

Dans ce dernier cas, les douleurs thoraciques doivent être considérées comme une offrande au médecin en échange de l'aide qu'on attend de lui. En effet, la situation du médecin est tout à fait exceptionnelle. Le développement de la civilisation urbaine a eu pour résultat qu'un grand nombre d'individus ont perdu leurs relations familiales et sont des déracinés. Les familles nombreuses, avec leurs multiples liens intimes tendent à disparaître et l'individu est de plus en plus isolé. S'il a des ennuis, il n'a presque personne à qui demander conseil, une consolation ou même simplement une occasion de s'en délivrer.

Dans ces états, des sensations corporelles diverses peuvent apparaître et une solution possible et fréquente est de voir son médecin et de se plaindre. Le malade propose à son médecin des crampes d'estomac, des vertiges, souvent des précordialgies. La maladie choisie sera un compromis entre le désir du malade d'être secouru et le désir du médecin de diagnostiquer et de traiter une affection organique.

Ce compromis est souvent peu satisfaisant: en effet, d'une part, certaines thérapeutiques ne sont pas inoffensives, d'autre part, le malade venu chercher une aide morale n'a obtenu qu'une ordonnance et ses plaintes vont se multiplier. Devant celles-ci, le médecin peut avoir plusieurs attitudes :

- soit ressentir ces plaintes comme un échec. Ce malade qui ne guérit pas le fait douter de ses capacités. Il risque de réagir en rejetant le malade, en niant la véra-

cité des troubles proposés, ou en les rattachant à une autre spécialité.

- soit accepter sans s'en irriter de ne pas comprendre, de ne pas guérir ; le malade est écouté avec bienveillance. Cette attitude exige une disponibilité d'esprit du médecin qui l'éloigne de l'abri de la spécialité. Elle pose certes le problème des limites de son rôle.

Cette médecine n'est cependant pas gratuite : certains malades, atteints de névrose cardiaque, ne sont jamais satisfaits du médecin, sauf quand celui-ci leur affirme une atteinte de cet organe. Le cardiologue est donc amené à traiter ces malades et pour cela, il doit essayer de les comprendre.

D'autres malades, simplement anxieux, constituent un terrain propice à la thrombose coronarienne ; il s'agit de la prévenir ou de la dépister par les moyens classiques certes, mais aussi par l'investigation psychologique.

- 2 - Surveillance d'un coronarien

a/ Lors de l'accident : le malade apparaît souvent comme un coupable à qui on fait avouer qu'il fumait ou mangeait trop, ou se consacrait trop à son travail. Le médecin revêt alors l'aspect d'un père réprobateur, mais bienveillant, qui sermonne mais accordera le pardon, c'est-à-dire la guérison.

- Cette situation présente des avantages:

- d'une part, une explication même simpliste (surmenage, tabac) rassure le malade qui

croit maintenant savoir éviter un nouvel ennui ; elle satisfait également le médecin, anxieux devant une maladie dont il ignore la cause et qui inconsciemment lui fait appréhender sa propre mort.

- d'autre part, cette situation qui implique une régression du malade donne au médecin l'autorité nécessaire pour le traiter correctement.

- Mais l'impression de dépendance et d'impuissance qui accompagne cette régression est génératrice de panique et d'angoisse. Elle justifie l'emploi habituel des tranquillisants dans la maladie angineuse, et même pour KAUFMAN (39) l'anesthésie générale au décours de l'infarctus du myocarde.

b/ Après l'accident : le problème de la réinsertion dans la vie sociale se pose d'emblée. Il s'agit souvent d'un adulte soumis à des responsabilités et des devoirs multiples.

Il est rare que tout reprenne comme avant.

- Bien souvent la survenue d'une angine de poitrine marque **un tournant** dans la vie du malade.

Ce dernier va prendre conseil auprès du médecin sur la possibilité et la façon de maintenir ses diverses activités, sociales, familiales, professionnelles.

Ainsi, tout naturellement le médecin va être amené à déborder du domaine strictement médical. Les conseils seront donnés d'après "le bon sens", les tendances intimes, les idéologies, les conceptions du monde, la série des expériences antérieures,

mais bien souvent sans technique ni formation psychologique.

- Quelles vont être les relations du malade avec :

1 - son milieu professionnel
2 - son milieu familial
3 - son médecin.

1 - Le milieu professionnel :

Le sujet tire parfois un bénéfice de sa maladie :

- le repos obligatoire, la gravité du choc constituent des conditions favorables à un retour sur soi-même. Eloigné de son travail, puis réinséré mais toujours un peu à l'écart des autres, il juge mieux. Pour suppléer à son infériorité physique il fera davantage appel à ses ressources intellectuelles et maintient ou même améliore son efficacité.

Dans d'autres cas au contraire, le sujet vit dans la crainte d'une nouvelle crise. Une angoisse certainement antérieure à la maladie trouve là un exutoire privilégié. Le travail, les relations familiales passent au second plan : le sujet attentif guette sa douleur et celle-ci bien souvent se répète et s'exacerbe empêchant toute reprise d'activité. C'est dans ces cas sans doute que des produits tels les I.M.A.O dont l'action sur le muscle cardiaque n'a jamais été prouvé, trouvent leur meilleure indication. Ils permettent d'attendre l'action de la psychothérapie qui sera entreprise dans les cas légers par le cardiologue lui-même et dans les autres cas par un psychothérapeute.

2 - Le milieu familial :

Alors que l'infarctus entraîne un éloignement du milieu professionnel, il amène en général un repli dans le milieu familial où le sujet va bénéficier d'une certaine sollicitude. Bien souvent et avec des degrés variables, les relations s'établissent sur un mode sado-masochiste.

La femme, les enfants manifestent une surprotection, s'investissant de l'autorité du médecin pour interdire, ordonner ; le mari est maintenu dans un état de régression. Toute tentative pour en sortir attire aussitôt la menace de la sanction, c'est-à-dire de la récidive.

Le sujet par contre tire parti de sa maladie pour clore une discussion, éviter une corvée, une responsabilité, attirer la pitié ou tout au moins l'attention.

Ces attitudes sont favorisées des deux côtés par des sentiments inconscients de culpabilité liée à l'ambivalence des sentiments, habituelle dans le couple.

L'un accepte la tyrannie de l'autre car il a ainsi l'impression de payer la faute qu'il ressent lorsqu'il voue à son partenaire outre de l'amour, des sentiments d'hostilité.

Le médecin a souvent intérêt à connaître l'atmosphère familiale, et l'entretien avec les parents du malade ne doit pas être considéré comme une corvée inutile. Un équilibre familial précaire peut être parfois détruit avec des conséquences catastrophiques par un conseil intempestif, donne à la légère.

3 - Rapports avec le médecin : le coronarien est un malade chronique et la relation thérapeutique va avoir le temps de se développer longuement. Nous envisagerons successivement les deux parties.

a/ Le médecin : il dispose au départ de nombreux atouts : la science qu'on lui prête, les techniques dont il s'entoure (scopie, examens de laboratoire, E.C.G. surtout) ont pour le malade une valeur quasi magique. Dans les meilleurs cas, il bénéficiera de ce qu'en langage psychanalitique on appelle un "transfert" c'est-à-dire le report sur le médecin d'un attachement affectif lié à des images parentales. Ce transfert donne au médecin le pouvoir de traiter efficacement son malade.

Dans certains cas, malgré les meilleurs soins, le malade devient hostile, niant toute efficacité aux diverses thérapeutiques proposées ou consultant un autre médecin.

Le médecin peut à son tour être irrité par cet échec qui détermine une profonde frustration de puissance et qui est générateur d'angoisse, l'aggravation de la maladie évoquant au médecin sa propre mort ; il risque de réagir en taxant son malade de nervosisme, de mauvaise volonté ou même de simulation.

En fait, il faut se souvenir que des sentiments hostiles ou de défi ont souvent la même signification qu'une stricte obéissance. L'ambivalence des sentiments est la règle. La seule attitude à redouter car elle ne donne pas prise au médecin est l'indifférence.

b/ Le malade : lorsqu'il apprend qu'il est atteint d'une affection grave telle l'angine de poitrine, c'est d'abord dans son esprit que se livre la première bataille. Pourra-t-il maintenir son équilibre, psychique et physique ? De cet équilibre dépend en grande partie l'évolution ultérieure de son affection.

Souvent, la récupération morale est excellente, mais le feu de l'angoisse a été allumé et s'il est habituellement masqué par la répression, il s'embrasera épisodiquement aux réveils de la maladie.

Ailleurs, l'équilibre se réalise au prix d'une régression qui va entraîner une certaine dépendance vis-à-vis des employeurs, de la famille, du médecin. Si la régression n'est pas trop importante, le médecin aura intérêt à maintenir cet état. Souvent il existe chez ces malades une composante obsessionnelle et la prise de médicaments à heure fixe, un régime strictement suivi, des horaires précis de repos, constituent un ensemble de rituels protecteurs vis-à-vis d'une angoisse certainement antérieure à la maladie, celle-ci n'ayant joué qu'un rôle de révélateur.

Il en est de même avec certains malades qui décompensent un état névrotique ou psychotique latent de façon passagère ou permanente à l'occasion de leur maladie.

c/ Le médecin pourra aider ces différents types de malades en leur laissant le loisir d'évoquer leurs problèmes. Cette simple "écoute", peu ou pas agrémentée de conseils, permet en effet à ces sujets de verbaliser leur vécu conflictuel, d'extérioriser leurs sentiments agressifs et de trouver dans le

cadre d'une relation compréhensive et bienveillante un moyen d'apaiser leur anxiété. S'il s'agit de formes sévères, un traitement psychothérapique d'inspiration analytique sera indiqué. Dans tous les cas, l'amélioration somatique et l'amélioration psychique sont étroitement intriquées, et dépendent au moins en partie de l'acuité avec laquelle le médecin aura compris ce que représente ce grave accident dans la vie de son malade.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Après un historique situant la place de la médecine psychosomatique dans l'évolution des idées sur l'insuffisance coronarienne, nous avons essayé de souligner les rapports étroits qui existent entre les affections coronariennes et le psychisme - Cette étude a porté sur 3 plans :

1°- Statistique : mettant en évidence l'extension considérable de l'angine de poitrine ces dernières décennies, extension d'ailleurs sous-estimée, le diagnostic de coronarite ne pouvant être posé qu'au stade des manifestations cliniques. Ce phénomène ne peut être entièrement expliqué par l'augmentation de la durée de vie moyenne et l'amélioration des techniques diagnostiques.

Il doit être en partie imputé aux bouleversements sociaux de ces dernières années, bouleversement dont l'accroissement de la fréquence des maladies mentales est le reflet.

2°- Etiologique : nous avons essayé de mettre en valeur dans chacun des facteurs favorisant la part importante selon nous, qui relève de la psychiatrie.

Parmi ces facteurs nous avons évidemment insisté sur la tension nerveuse où nous avons

distingué 4 chapitres :

a) Le stress, facteur déclenchant de la crise, son rôle est particulièrement mis en évidence par les études récentes sur le rêve. Un rêve à charge émotive peut provoquer à lui seul et chez un sujet au repos le plus absolu une crise d'angine de poitrine ou un infarctus du myocarde.

b) Le stress chronique : de nombreux exemples montrent l'influence du milieu, de la profession dans la génèse de la thrombose coronarienne.

c) La prédisposition caractérielle, facteur difficile à apprécier.

d) Enfin, sont proposées des tentatives d'explication pathogéniques rattachant les lésions coronariennes à des stress psychiques.

La prédominance masculine de la maladie est reliée non à des différences endocrinologiques mais à des causes sociologiques.

3°- Psychologique : De ces différentes notions nous avons essayé de tirer des conclusions pratiques :

- d'ordre général dans un but de prévention
- individuelles en tentant d'exposer les modifications principales que la survenue d'une telle affection détermine dans les rapports du malade avec son métier, avec sa famille, ainsi que la relation qui va se créer avec son médecin. Ces multiples aspects psychologiques du problème coronarien doivent être connus du médecin pour une plus grande efficacité thérapeutique.

"L'une des tâches primordiales du médecin est de faire connaître au patient que la maladie peut éventuellement ne pas avoir de fin, de le convertir à l'idée que toutes les maladies n'ont pas pour issue soit la guérison, soit la mort, qu'elles n'obéissent pas toutes à une évolution cyclique, de l'amener en un mot à signer un compromis avec son mal". (9)

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : P. SOULIE

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

1 - ABRAHAM
Cardio vascular disease in psychiatrics.
Am. J. Cardiol. 3 : 597, 1959.

2 - ALSTROM
Mortality in mental hospitals with special regard to tuberculosis.
Acta psychiatric neurol.suppl.24 - 1942.

3 - Annuaire statistique de France 1965.

4 - AUDIER et BILLE
L'angoisse en pratique cardiologique. Arch. Méd. Gén. Trop. juillet 65.

5 - BALINT
Le médecin, son malade et la maladie.
Payot 1966.

6 - BARAGAN
Etude statistique de certains facteurs de l'athérosclérose coronarienne.
Revue de l'athérosclérose 1960, 2, 537.

7 - BASTIDE
Sociologie des maladies mentales.
Flammarion 1965.

8 - BIORK
Facteurs contribuant à l'étiologie de la maladie cardiovasculaire.
Cor. Vas. 169 - 1964

9 - BOURGUIGNON A.
Le rêve, fonction primordiale.
St.Luc n°6, juin 65.

10 - BOURGUIGNON A.
Le temps dans la maladie chronique à manifestation somatique.
IIe Congrès de Médecine Psychosomatique - juillet 63.

11 - BURON J.
Statistiques de fécondité et de mortalité dans 259 familles de malades chroniques.
Thèse Paris 1963.

12 - CALO
Tunisie Médicale 1956 (sept.oct.)
Athérome maladie de civilisation.

13 - CHAVEZ
Los diferentes tipes de enfermedades del corazon en los israëlites.
1er Congrès Mondial de Cardiologie sept.50.

14 - CHRISTIANT
Syndrome psychosomatic faisant suite à des maladies internes.
Interniste (Berlin) avril 64.

15 - DASSLER G.
Une étude des Infarctus du myocarde chez les malades mentaux hospitalisés à l'hôpital Talbich.
Israël ann. psychiat. avril 64.

16 - DESRUELLES Gérard
Facteurs psychiques dans l'étiologie de l'angor.
France Médicale 24-77-1961.

17 - DON SAVER
Bad Dreams bring on painful heart.
(Duke University, Draham).

18 - DREYFUS
Role of the emotional stress proceading coronary occlusion.
Am. J. Cardiologie 3-590-1959.

19 - DREYFUS
The incidence of myocardial infarct. in various communites of Israël.
Am. Heart. J. mai 1953 - 749.

20 - DUNBAR
Psychosomatic diagnostic Hoeler.
Ed. N.Y. 1943.

21 - FELCH
Cholesterol metabolism in health and disease.
J. Med. N.Y. 1949, 5, 47.

22 - FISHER
Facteurs émotifs dans l'occlusion coronarienne.
Psychosomatics 280 - oct. 64.

23 - FRIEDBERG
Maladies du coeur - Maloine 1959.

24 - FRIEDMAN
Changes in serum cholesterol and blood clotting time in man subjectid to cyclical variation in stress.
Circulation 17-852-1958.

25 - FRIEDMAN
Aspects du comportement et son rôle pathogénique dans la maladie artérielle coronaire.
Gériatric - août 64 - 562.

26 - GENDROT
Le médecin devant la maladie grave et devant la mort.
France Médicale - janvier 1965.

27 - GERARD
La part du psychisme dans l'étiologie de l'angor coronarien.
Lille Médical 1960 - 5 - 653.

28 - GREGG
La névrose cardiaque : differenciation avec la maladie coronarienne.
Med. World juin 64.

29 - HIGGMSON
Arteriosclerotic heart disease amoncy Bantu of Johannesburg.
South Africa. IIe Congrès Mondial Cardiologia - Washington sept.54.

30 - HUSSAR
La maladie cardiaque chez les schizophrènes.
Circulation 31 - juin 65 - 919.

31 - HYMAN
Heart diseases in jungles of the south Pacific.
Ann. Int. Medicine 1945-22-639.

32 - ISCHLONDSKY
Théories et faits dans l'évaluation de l'étiologie de la maladie coronarienne et leur signification théorique et prophylactique.
Arch.Mal.Coeur 1953-46 193-220.

33 - JANET
Evolution psychologique de la personnalité.
Maloine 1929.

34 - JOSUE
Athérome aortique expérimental par injection d'Adrénaline dans les veines. Soc.Biol.nov.1903 - 1374.

35 - JOUVE - DOUGIER
Athérosclérose et maladies coronariennes.
EMC. Psychiatrie T.II, 37415 A^{10}.

36 - JOUVE - DOUGIER - DELAAGE - MAYAUD
Recherches psychosomatiques en cardiologie.
Presse Médicale déc. 61, n°55, p. 2545.

37 - JUDE
Obésité en milieu psychiatrique.
Thèse Paris n°472 - 1965.

38 - KANATSOULIS
Psychologie du cardiaque -
Doin 1961.

39 - KAUFMANN - BERGOGNE - Le GOAZIOU
Traitement des accidents coronariens aigus et subaigus par l'anesthésie générale au penthotal sodique.
Arch. Mal. Coeur 1965 - 864.

40 - LAUBRY P.
La douleur coronarienne.
Thèse Paris 1939 n°165.

41 - LAUBRY Ch.
Séméiologie cardio vasculaire. Les troubles fonctionnels. Doin 1924.

42 - Médard BOSS
Introduction à la Médecine psychosomatique.
P.U.F. 1959.

43 - MILES - WALDFOGEL
Psychosomatic study of 46 young men with coronary artery disease.
Psychosomatic Med. 1954, 455.

44 - NOWLIN
Nocturna Angina Pains. Annals of Internals Medicine - vol.63 n°6, p. 1040, déc.65.

45 - OMS
Prévention et contrôle des maladies cardiovasculaires.
Bucarest, mars 65.

46 - PEARSON
Stress and occlusive coronary artery disease.
Lancet 415 - 1963.

47 - PUJOL
Evolution des taux de mortalité et causes de décès suivant le sexe et l'âge en France de 47 à 1959.
Thèse Paris 1961, n°948.

48 - ROSENTHAL
Studies in atherosclerosis.
Arch. Path. 1934 - 18 - 473.

49 - RUSSEK
Agression, Tabac et maladie coronarienne. Etude portant sur 12.000 hommes répartis en 14 groupes professionnels.
J.A.M.A. avril 65 - 192.

50 - SOULIE - LAUBRY
Maladies des coronaires.
Paris Masson 1950.

51 - SPRAGUE
Emotional stress and the etiology of coronary artery disease.
Circulation 1958 - 17,1,4.

52 - STEINER
Necropsies in Okinawa.
Arch. Path. 1946, 42, 359.

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-